



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Martínez Rodríguez, José Manuel; Martín Cabrero, Beatriz
Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad – Parte I
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 35, núm. 125, enero-marzo, 2015, pp. 19-
35
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265032967003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad – Parte I.

Relational psychotherapy of Borderline Personality Disorder, I.

José Manuel Martínez Rodríguez ^a, Beatriz Martín Cabrero ^b.

^a *Psiquiatra. Analista Transaccional Docente y Supervisor. Psicoterapeuta Integrativo Docente y Supervisor Internacional. Servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega. Valladolid, España.* ^b *Psicóloga Clínica. Analista Transaccional Certificada. Psicoterapeuta Integrativa Certificada. Servicio de Psiquiatría del Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca, España.*

Correspondencia: José Manuel Martínez Rodríguez (inst.atpi@gmail.com)

Recibido: 24/02/2014; aceptado: 28/06/2014

RESUMEN: El presente artículo constituye la primera parte de dos artículos dedicados a la Psicoterapia Relacional del Trastorno límite de personalidad. A pesar de que muchos modelos de psicoterapia entienden que las relaciones con personas significativas forman la base de la personalidad, no todos conciben la relación terapéutica como la herramienta fundamental del cambio personal. En el presente artículo, se describen en primer lugar los presupuestos básicos del Movimiento relacional que ha aproximado numerosas corrientes de psicoterapia. Posteriormente, se resumen las aportaciones de los principales autores que han realizado avances significativos en el tratamiento psicoterapéutico del trastorno límite de personalidad. La última parte describe los principios básicos de una psicoterapia relacional de este trastorno utilizando un abordaje que prima la relación como eje vertebral del tratamiento y la implicación y sintonía del terapeuta.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de Personalidad Límite, Psicoterapia, Psicoterapia Relacional, Análisis Transaccional, Psicoterapia Integrativa, Psicoanálisis Relacional.

ABSTRACT: The current article is the first part of two devoted to Relational Psychotherapy in Borderline Personality disorders. Although a lot of Psychotherapy models support the idea that meaningful relationships in childhood with significant people are at the base of personality development not all think about therapeutic relationship as the main tool to achieve personal change. In this article the basic principles of Relational movement, one that is currently helping different psychotherapy schools to get closer, are described. Then the development of meaningful approaches to Borderline Personality Disorder psychotherapy is summarized. The last part presents the basic principles of a Relational Psychotherapy of these disorders with an approach which underlines therapeutic relationship and the involvement and attunement of psychotherapist as the core of treatment.

KEY WORDS: Borderline Personality Disorder, Psychotherapy, Relational Psychotherapy, Transactional Analysis, Integrative Psychotherapy, Relational Psychoanalysis.

PSICOTERAPIA RELACIONAL DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD – PARTE I

El Modelo relacional en psicoterapia

La perspectiva relacional en psicoterapia considera que la psicopatología tiene su origen en rupturas relacionales ocurridas a lo largo del desarrollo evolutivo, y, de manera congruente con esta idea básica, el tratamiento de los diferentes cuadros psicopatológicos prima el papel de la relación terapéutica en orden a que el paciente

pueda continuar o reelaborar el proceso madurativo que quedó detenido o alterado. En la tabla I se enumeran los presupuestos del modelo relacional en psicoterapia.

Tabla I.
Presupuestos del modelo relacional en psicoterapia (1-5, 22, 26, 40)

Los seres humanos son fruto de un contexto social
La patología tiene su origen en rupturas relacionales tempranas
El tratamiento se produce en el contexto de una relación
La relación terapéutica pone en acción las fuerzas transformadoras de los dos miembros de la diada terapéutica
El terapeuta es un observador participante
La relación terapéutica es un proceso intersubjetivo
El resultado del tratamiento es una nueva forma de estar en relación

Frente a un análisis “objetivo” del cliente, el modelo relacional prima un abordaje intersubjetivo que pone el acento en la dificultad del terapeuta para ser “neutro” y “objetivo”. El terapeuta en el mejor de los casos es un *observador participante* en el proceso terapéutico. El no ser consciente de esto implica el riesgo de tratar al cliente como si fuera una *mente aislada* sobre la que se emiten juicios de valor (1-4). Con este supuesto de base, la relación terapéutica se entiende como un espacio intersubjetivo cocreado entre paciente y terapeuta en el que se tiene la oportunidad de modificar las creencias nucleares del sujeto sobre sí mismo, los demás y la vida (5).

La idea de que la relación con figuras significativas desde el nacimiento va configurando la personalidad del individuo se puede encontrar en casi todos los modelos de psicoterapia: el psicoanálisis (6), la terapia familiar sistémica (7-10), el modelo cognitivo (11-12), la terapia centrada en el cliente (13-14), el análisis transaccional (15-19), la terapia gestalt (20-21), por nombrar unos cuantos. Además, Erskine (22-23) señala que el concepto de relación terapéutica es el más consistente al realizar una revisión de la literatura psicológica y psicoterapéutica. Sin embargo no todos los modelos consideran la relación el medio principal a través del cual el paciente puede crecer o cambiar, ni establecen esta premisa como la base de sus técnicas. Simplificando sobremedida el tema que nos ocupa, podríamos decir que lo que distingue unos modelos y otros es la forma en que se concibe o no la relación terapéutica como el ingrediente fundamental para el cambio terapéutico.

El término “relacional” (24-25) surgió por consenso en el seno de un pequeño grupo, conducido por Mitchell (26), siendo Stolorow y Atwood algunos de los principales propulsores (1-2, 27-28). El movimiento relacional, sin embargo, hunde sus raíces en la tradición y los trabajos de algunos discípulos de Freud y sus seguidores, entre otros Ferenczi (29), Balint (30) Guntrip (31) y Fairbairn (32-33). Para Ferenczi (34), que se distanció de Freud por su insatisfacción con la teoría pulsional, el lenguaje del niño es el de la demanda de afecto y ternura, y son los padres los que erotizan

las caricias y las manifestaciones de afecto hacia sus hijos. Recupera la teoría del trauma como causa de la patología psíquica y valora la relación paciente-analista como la pieza clave para el cambio psíquico (25).

El fracaso relacional produce un déficit en la historia evolutiva del sujeto. Este para compensarlo genera estructuras intrapsíquicas defensivas, que a su vez generan conflictos internos y/o interpersonales. El abordaje relacional en la terapia se ocupa de reparar los fracasos relacionales previos. Fairbairn (32-33) es para Coderch (25) *“el autor clave y de la máxima importancia para el desarrollo del concepto de déficit y de la creación del modelo relacional en psicoanálisis”*. El concepto de déficit hace referencia a una *“insuficiente recepción o suministro de algo que el sujeto debería haber recibido por parte de sus padres o cuidadores, en una determinada etapa evolutiva de su vida”* (25). Balint (30), Winnicott (35), Kohut (36-37) y Bowlby (38), y de forma destacada el creador del psicoanálisis interpersonal, Harry Stack Sullivan (39), son algunos de los autores que han contribuido significativamente a la formulación del concepto actual de *“déficit “y como consecuencia, a la necesidad de un modelo relacional de psicoterapia (25).*

Diversas escuelas de psicoterapia convergen en la actualidad hacia una concepción relacional del contenido y el proceso terapéutico en un movimiento general que, con independencia de los orígenes fundacionales, aproxima las prácticas psicoterapéuticas. El modelo o movimiento relacional en psicoterapia es una forma de concebir la práctica clínica orientada a la ayuda profesional de las personas que sufren y buscan *“resolver”* o *“curar”* su sufrimiento o sus síntomas basando sus actuaciones en una relación terapéutica orientada al contacto en el que la presencia del terapeuta es fundamental (22). Erskine (22) señala que el concepto de contacto, y su papel en el establecimiento y mantenimiento de las relaciones humanas, fue por primera vez articulado en la literatura psicoterapéutica por Laura y Frederick Perls en 1944 (20). Sus ideas desafiaban el concepto psicoanalítico de conflicto edípico y pretendían llevar la atención de los psicoterapeutas a las interacciones padre-niño tempranas y las interrupciones de contacto (defensas fijadas) que resultaban ser la principal fuente de malestar psicológico en la vida adulta. Por la misma época que la terapia gestalt (21), Rogers (41) proponía como constructo central de su teoría la terapia centrada en el cliente, ideas que emergieron de la terapia interpersonal de Sullivan (39) y su énfasis en la importancia de la comunicación persona a persona (42). Más actualmente, De Young (3) considera que la psicoterapia relacional es un modelo que se basa en la experiencia del cliente y sus necesidades y presta una estrecha atención a cómo esas necesidades son entendidas y abordadas en la relación terapéutica.

Diversas corrientes en psicoterapia forman parte de este movimiento: el psicoanálisis relacional (1-2, 26-27, 40, 43), la gestalt relacional (44-46), la psicoterapia integrativa (5, 22-23, 47), el análisis transaccional relacional (48), la psicoterapia relacional (3), etc.

Un ejemplo paradigmático del desplazamiento de distintas corrientes de psicoterapia hacia una perspectiva relacional es el análisis transaccional, desarrollado por Eric Berne (15-19) y que fue incluido por Kaplan, Freedman y Sadock (49) en la tradición psicoanalítica interpersonal junto a las escuelas de Adler (50-52), Horney (53), Rado (54) y Sullivan (39). Shmukler (55) plantea que *“las ideas de Berne pueden ser vistas como anticipatorias del movimiento actual hacia una teoría relacional, una revolución que llevó al psicoanálisis lejos de la teoría pulsional”*. Novellino (56) explica de forma extensa las raíces del análisis transaccional en el psicoanálisis, y específicamente en las conceptualizaciones que se apartaban del modelo estructural y funcional de Freud y se acercaban a la concepción de la relación y el afecto como principal motivador y organizador del ser humano. Diversos autores, entre ellos Woods y Woods (57), Haykin (58), Novellino y Moiso (59), Moiso y Novellino (60) y Novellino (56) profundizaron en las raíces psicodinámicas del análisis transaccional, lo que desembocó en el “psicoanálisis transaccional” de la Escuela de Roma (61). Poco a poco el análisis transaccional se ha desarrollado en el sentido de una mayor presencia del terapeuta en la relación y de una búsqueda de la sintonía con el estado mental del paciente. Esta progresión se ha expresado en el desarrollo de varias escuelas de psicoterapia relacional dentro del análisis transaccional que a pesar de sus diferentes denominaciones tienen en común principios y formas de hacer muy similares: en los 90, Richard Erskine desarrollaba el “análisis transaccional integrativo” o “psicoterapia integrativa” ahondando en las raíces psicoanalíticas interpersonales de Berne, (42, 62) y en la primera década del siglo XXI, Cornell y Hargaden (63) y Hargaden y Sills (48) publicaban una selección de artículos que dieron lugar a la escuela de “análisis transaccional relacional”. Para Novellino (56) en este momento, *“... el análisis transaccional representa una parte integral del movimiento actual de psicoanálisis relacional”*.

Psicoterapia dinámica del Trastorno límite de personalidad

Si bien la literatura desde el modelo relacional está siendo extensa en los últimos años, no es fácil encontrar publicaciones específicas acerca de la psicoterapia relacional en el trastorno límite de personalidad. No obstante, en este apartado mencionaremos autores clásicos, dentro del marco psicodinámico, que se han centrado casi exclusivamente en esta patología y algunos otros autores que han contribuido a describir las implicaciones de realizar una psicoterapia relacional con personas con trastorno “borderline”.

Martínez y Fernández (64) han descrito como el concepto de Trastornos Límites ha sufrido transformaciones muy importantes a lo largo del siglo XX que han

dado lugar a tres concepciones sucesivas: Los trastornos límites como variantes de la esquizofrenia, como trastornos generales de la personalidad y como un trastorno específico de la personalidad. En una primera etapa se relacionó estos casos con la esquizofrenia simple de Bleuler (65). Es el caso de autores como Zilboorg (66) y Hoch y Polatin (67). Para Gregory Zilboorg, por ejemplo, debajo del disfraz de un trastorno “límite” sería posible descubrir una esquizofrenia, lo que justificaría la denominación de “esquizofrenias ambulatorias” que proponía para estos casos. Esta línea de pensamiento está también, de alguna manera, en la base de los trabajos de Hoch y Polatin (67) sobre la “esquizofrenia pseudoneurótica”. Paul Federn (68) consideraba en la época que una de las más importantes autodefensas contra la esquizofrenia es el desarrollo de una neurosis histérica u obsesiva. También Knight (69) concebía los casos “borderline” como esquizofrenias enmascaradas bajo una apariencia de neurosis siendo los problemas neuróticos una protección contra la desorganización psicótica. Estas características clínicas hacían pensar en la necesidad de acomodar a ellas la técnica psicoanalítica y esto ya desde muy temprano, por ejemplo, ya en 1919 Clark (70) sugería la necesidad de modificar la técnica psicoanalítica en el tratamiento de estos casos que él denominaba “borderland”.

El influyente trabajo de Stern “*Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses*” (71), centró la problemática y el abordaje en los problemas narcisistas del paciente límite que sufre “hambre de afecto”. Este autor entendió cómo la malnutrición afectiva crónica se originó en una deficiencia en la respuesta materna afectiva espontánea. El resto de la sintomatología son defensas establecidas por el ego ante la ansiedad generada por los impulsos narcisistas que derivan del estado de privación afectiva. Este autor propuso modificar la técnica psicoanalítica habitual para adaptarse a las necesidades de estos pacientes y la realización de un tratamiento de apoyo y soporte. El analista debería asumir un papel más activo con el cual el paciente obtenga reaseguramiento para encarar los afectos dolorosos del tratamiento. El silencio genera demasiada ansiedad en estos pacientes ya que siguen temiendo el rechazo sufrido en la infancia. Sugiere sentar al paciente en una silla y realizar con él cara a cara el tratamiento para evitar el aislamiento y el ensimismamiento si el terapeuta asume el papel pasivo diseñado para tratar la transferencia en las psiconeurosis. Estos pacientes acostados en el diván se aíslan y no hablan, siendo refractarios a la interpretación de esta conducta. No sólo las palabras, sino toda la conducta del analista, tendrían que vehicular al paciente la idea de que esta nueva relación tiene cualidades diferentes a las de la infancia.

Poco a poco la visión clínica de los trastornos límite se transformó, empezando a concebirse como trastornos de la personalidad es decir como una entidad separada de las neurosis y de las psicosis. La obra de Schmideberg (72) inauguró un período en el cual los trastornos borderline se hicieron sinónimos prácticamente de cualquiera de los trastornos de personalidad que caían bajo la antigua rúbrica de la psicopatía

descriptiva clásica. Posteriormente la concepción de Otto Kernberg (73) popularizó la visión de los trastornos límite como una categoría general de trastornos de la personalidad. En sus escritos ya no es la sintomatología sino una especial estructura de la personalidad lo que se convierte en el rasgo definitorio de este grupo de trastornos. En su trabajo de 1975 (73) propone la existencia de tres grandes organizaciones estructurales (neurótica, límite y psicótica), definidas en base al grado de integración de la identidad, al tipo de mecanismos de defensa y al funcionamiento de la prueba de realidad. También autores como Bergeret (74) subrayan la importancia del concepto de estructura como una manera de sintetizar los factores comunes a diversas líneas de desarrollos psicopatológicos.

La tercera forma de entender los trastornos borderline es concebirlos como un trastorno específico de la personalidad, que es la que en este momento es oficial en el DSM-5. La obra de Grinker, Werble y Drye (75) fue el punto de partida de un amplio conjunto de investigaciones que intentaron realizar un estudio empírico de este grupo de pacientes y caracterizarles mediante una descripción clínica detallada que permitiera desarrollar y validar criterios diagnósticos. Esta nueva corriente de trabajo abocó en poco tiempo a una teorización nueva de estos trastornos, que pasaron a ser considerados, de forma restringida, como un tipo específico de trastornos de la personalidad.

Sin embargo es la segunda de las formas citadas de entender este tipo de trastornos la que se ha mostrado más fructífera a la hora de guiar un abordaje psicoterapéutico de tipo psicodinámico. Así Kernberg (73) es uno de los autores contemporáneos más influyentes en el desarrollo de una psicoterapia psicodinámica específica para las personas con trastorno límite de personalidad. Utilizando los conceptos de la psicología del yo y de la teoría de las relaciones objetales, Kernberg describe sus propios hallazgos e hipótesis en términos de la metapsicología psicoanalítica clásica. Basándose en el esquema de desarrollo descrito por Mahler, Pine y Bergman (76), Kernberg postula que estos pacientes experimentan fijaciones durante la fase de separación-individuación, específicamente en la subfase de reaceramiento (16-24 meses). Estas fijaciones se manifiestan clínicamente por un temor al abandono en la infancia durante los intentos de separación de la madre que se repite ulteriormente en la vida adulta con las figuras de dependencia. Los pacientes borderline no logran la adquisición de la constancia objetal, temen la desaparición de sus figuras de apego, por lo que no consiguen integrar los aspectos buenos y malos de sí mismos y de sus madres debido a defensas de escisión. Este aspecto se revela en la vida adulta como intolerancia a la soledad y la separación. Como resultado final se da un predominio de introyectos negativos en la psique de la persona: cuando los introyectos malos son proyectados fuera, se sienten perseguidos; cuando los introyectos ejercen su influencia interna los hacen sentir despreciables y sin valor, conduciéndolos en ocasiones a pensamientos suicidas. No obstante, junto a esto, la teoría de Kernberg da más rele-

vancia a un supuesto exceso de agresión constitucional en el niño, como origen de la fijación en esa etapa y las consecuencias de la misma, que a problemas en la función materna durante ese periodo del desarrollo del niño (77).

Como señalaron psicoanalistas como Gedo y Goldberg (78) y analistas transaccionales como Woods y Woods (79), para entender los trastornos de personalidad es necesario recurrir a conceptos del desarrollo evolutivo ya que el modelo tripartito Freudiano o Berniano no es suficiente para explicar las grandes alteraciones que sufren estas personas. Las alteraciones del self en estos casos son tan importantes que Shmukler (55, 80) señala la importancia de una terapia relacional, que tiene lugar en el marco transferencial/contratransferencial, con pacientes con estructuras de personalidad frágiles y vulnerables como los trastornos de personalidad narcisista y borderline.

Masterson y Rinsley (81-82) también explicaron las dificultades del paciente límite como una fijación en la subfase de reaceramiento de la fase de separación-individuación de Margaret Mahler. A diferencia de Kernberg, se centraron más en la conducta de la madre que en la agresión innata del niño. Observaron que las madres de los pacientes borderline tenían muchos conflictos relacionados con el crecimiento de los hijos, y como resultado, el niño recibía un mensaje materno que vehiculaba la amenaza de perder el apoyo y amor maternal ante los deseos de crecer e independizarse. La consecuencia clave de esto es que para el niño permanecer dependiente constituye la única solución a la hora de mantener el vínculo con la madre, lo cual provoca riesgo de experimentar depresión de abandono cada vez que se presenta la posibilidad de separación o de autonomía. El rol de la madre hacia el niño en ese periodo crítico del desarrollo determina la creación de unas representaciones internas específicas sobre sí mismo y sobre los otros. La interacción patogénica madre-hijo en esa subfase del desarrollo se caracterizaría por la recompensa de la madre a la regresión y dependencia del niño hacia ella, junto con un repliegue afectivo, o retirada del afecto de la madre, cuando el pequeño intenta separarse o individuarse. En este contexto, el niño desarrolla una representación interna de la madre (y de los otros), cuando ésta es gratificante, de aprobación y apoyo de su conducta regresiva, que le lleva a experimentar sentimientos de bienestar y a una representación del self como bueno, pasivo y obediente a esa unión. Por otro lado, la representación interna de la madre (y de los otros) es crítica y hostil cuando retira su aprobación, y le produce sentimientos de enfado, frustración y sentimientos de fracaso y vacío, así como una representación del self como inadecuado, malo, desamparado y culpable (77).

Como vemos, Masterson y Rinsley (81-82) explican las dificultades borderline en base a fallos relacionales tempranos que colocan al niño en un conflicto en principio irresoluble: sólo tiene la opción o de sentirse abandonado y malo, o sentirse bien a costa de negar la realidad y no crecer nunca en un sentido emocional. En coherencia con esas hipótesis, Masterson (81) propone una psicoterapia en régimen hospitalario

en varias fases que reactualiza los problemas de relación de estos pacientes como consecuencia del fracaso en esta primera etapa de separación-individuación. La primera es una fase de evaluación y de puesta a prueba de la confiabilidad del terapeuta por parte del paciente: comprende desde el inicio del tratamiento hasta que el paciente ha conseguido controlar los *acting-out* en gran medida. La segunda es una fase de elaboración. Con el control total de los *acting-out* aparece la depresión y el enfado asociado a la separación y el abandono, y esta fase consiste en la elaboración de los mismos. La tercera es la fase de separación. Durante ella el paciente logra tolerar los sentimientos asociados a la pérdida y la separación, y con ello mayor autonomía. Se prepara la separación del terapeuta en la que son nuevamente activados y elaborados los sentimientos de depresión y abandono para el logro de la autonomía con respecto a la terapia.

Price (83) considera que, a pesar de que el modelo de Masterson destaca como causa del fracaso en la individuación y separación un problema en los aportes de la función materna, no explica adecuadamente el sentido profundo de “ser malos” que experimentan las personas *borderline*, la alta tasa de fenómenos disociativos que presentan, ni tampoco los introyectos negativos y abusivos internos que otros autores piensan que son centrales en este trastorno (85). Para Price, en el modelo de Masterson, el niño tiene una salida para no ser rechazado: no ser autónomo y permanecer regresivo. Sin embargo, Price cree que no representa fenomenológicamente el entorno relacional en el que se ha tenido que desenvolver de niño el paciente *borderline*, ni refleja la realidad abrumadora que estos niños enfrentan. Price señala, apoyándose en el concepto de “doble vínculo” de Watzlawick, Beavin y Jackson (9), que incluso su conducta regresiva y dependiente ha sido etiquetada como “mala” cuando eran niños y ha sido motivo de ataque por los cuidadores, aunque los comportamientos dependientes hayan sido reforzados e incluso demandados por uno o ambos progenitores. Además de estas incongruencias, en un porcentaje de estas familias, se daría un intento de ocultar un contexto de abuso o negligencia presentando una fachada externa de adecuación. Recuerda los hallazgos de Schultz, Kluft y Braun (84) en su estudio sobre la incidencia de abuso en pacientes *borderline*, que ascendía a un 67%, y señala que en estas familias el abuso es negado o se acusa al niño de ser el causante del mismo. En este contexto, el niño crea, para sobrevivir a esa realidad, una imagen de “bondad” del abusador/a y del otro progenitor que coopera con él/ella ocultando la realidad, lo cual supone un alto precio para él, ya que esto lleva de forma directa a una autopercepción de “maldad” dentro de sí mismo. El predominio de introyectos negativos sería entonces el tercer gran factor que Price destaca como crucial en la conceptualización del trastorno *borderline*. Estos introyectos se manifiestan psicodinámicamente como ataques a sí mismos que adquieren vida propia y que permiten entender por qué el paciente *borderline* huye de sí mismo para no contactar con su dolorosa realidad interna y busca desesperadamente un contacto externo primario.

En la línea anterior, Adler (85) se basa en un modelo de déficit o insuficiencia, en contraste con el modelo de conflicto de Kernberg y Masterson, enfatizando un maternaje inconsistente y no confiable que tiene como consecuencia la falta en el niño de un objeto interno sostenedor y tranquilizador. Adler, influido por la psicología del self de Kohut, se centró en el marco de desarrollo de Fraiberg (86): el paciente regresaría a una etapa entre los 8 y los 18 meses en que no ha adquirido la capacidad de la “memoria evocativa” de la madre en ausencia de ésta y que permite al niño tolerar la separación. Debido a esta ausencia de introyectos positivos en la crianza, el niño necesitaría funciones de objeto del self por parte de figuras externas, y en ausencia de ellas, surgirían sentimientos de vacío (“terror a la aniquilación”) y tendencias depresivas junto con una rabia oral crónica relacionada con los sentimientos de que la figura materna no estuvo disponible emocionalmente durante la infancia (77). También Bateman y Fonagy subrayan los déficits de mentalización en los trastornos límite y proponen una terapia basada en esta idea (92).

Martin-Montoliú (87) señala que Gunderson y Gabbard junto con Mardi Horowitz (88), se sitúan en el espectro de psicoanalistas que comprenden la terapia como “una experiencia relacional correctiva”, en un marco de trabajo integrador. Martin-Montoliú destaca la aportación que realizan estos autores y que se diferencia sustancialmente del abordaje estructural de Kernberg y su técnica basada en los principios de neutralidad, interpretación y despliegue de la transferencia. Gunderson y Gabbard (89) proponen “*un tipo de abordaje secuencial del paciente límite, centrado técnicamente en la construcción activa -promoviendo el contacto empático- de un vínculo conectivo -la alianza terapéutica. Vínculo que evoluciona cualitativamente a lo largo del tratamiento, constituyéndose en el marcador y la palanca fundamental del cambio*”. Su modelo de psicoterapia dinámica secuencial tiene cuatro fases, y se basa en los diferentes tipos de alianza terapéutica por los que paciente y terapeuta van transitando de forma secuencial y lógica según los problemas internos y externos que manifiesta el paciente Borderline.

1) Fase de construcción de una alianza contractual (de 0 a 3 meses): paciente y terapeuta establecen los objetivos terapéuticos y el papel de cada uno para la consecución de los mismos, así como el encuadre en el que tendrá lugar el trabajo conjunto.

2) Fase de construcción de una alianza relacional - dependencia ansiosa (de 1 mes a 1 año): una vez el paciente está comprometido con la terapia, comienza la tarea de aprender a controlarse emocional y conductualmente y a confiar en el vínculo con el terapeuta, para lo cual las intervenciones más importantes son las intervenciones empáticas, enfocadas en tres aspectos principales: la identificación de sentimientos, la validación y la introspección de las necesidades interpersonales.

3) Fase de construcción de una alianza relacional - dependencia positiva (de 1 a 3 años): esta fase supone una continuación de la anterior, es decir, se sigue ayudando al paciente a conectar sus sentimientos y comportamientos a situaciones interperso-

nales, pero esta vez enfocándolo en la relación terapéutica y las experiencias nuevas vividas en ella por el paciente. En esta fase la relación con el terapeuta es muy significativa para el paciente y buena parte de la terapia se dedica a entender esa relación de dependencia.

4) Fase de alianza de trabajo - de la ansiedad de separación al vínculo seguro (de 3 años en adelante): según Gunderson, en esta fase el paciente habría logrado sentirse seguro en la relación con el terapeuta con escaso temor a ser rechazado o abandonado. En esta etapa, se pueden retomar traumas tempranos que habían quedado sin elaborar, de forma que finalmente el paciente logra una narración coherente de su vida y con un sentido de continuidad, consolidando así su sentido de sí mismo.

Principios básicos del modelo relacional en la psicoterapia del trastorno borderline

Los métodos relacionales reposan en una idea básica: la relación terapéutica es el principal instrumento de mejoría clínica en la psicoterapia. La dimensión relacional en la terapia es entendida como la principal variable que conduce a la resolución de los aspectos deficitarios y conflictuales que han generado la psicopatología en el paciente. Erskine, Moursund y Trautmann (5, 22, 62) han descrito detalladamente las diferentes variables que ayudan a reintegrar los aspectos escindidos o disociados de la personalidad en una terapia relacional orientada al contacto. Estos autores identifican tres dimensiones básicas: la implicación del terapeuta, la sintonía con el cliente y la indagación multidimensional de la experiencia de éste.

El trabajo de indagación en la experiencia fenomenológica presente del cliente es muy importante para ayudar a éste a ser consciente de su experiencia de una manera plena, identificar sus emociones, darlas significado contextual en la relación terapéutica, identificar los aspectos transferenciales y los prototipos arcaicos de sus patrones de relación interpersonal, ayudarle a entender sus formas idiosincráticas de hacer frente a las situaciones de estrés y aceptar e integrar los aspectos escindidos de su experiencia (5, 23). Este último aspecto es crucial para que las personas con trastorno límite puedan integrar los aspectos confusos de su identidad y de sus relaciones interpersonales escindidas e inestables.

La implicación terapéutica viene entendida como la capacidad del terapeuta para estar presente como una persona real en la relación terapéutica. Esta dimensión se caracteriza, por una parte, por la capacidad del terapeuta de reflejar al paciente aquellos fenómenos de los que el terapeuta es testigo en el curso de la relación terapéutica: pequeños movimientos musculares, interrupciones en la comunicación, incongruencias, omisiones o reiteraciones, etc. Otra de las habilidades terapéuticas que se requieren para una implicación efectiva en la terapia es la capacidad del terapeuta

peuta para validar las experiencias del cliente: emociones, sentimientos, significados, experiencias y por lo tanto para reflejar al cliente que sus experiencias tienen significado en un mundo simbólico. Existe abundante consenso sobre la importancia de las intervenciones de validación en psicoterapia (89-91). Esta habilidad es de gran relevancia para que los trastornos límites puedan dar significado a sus experiencias emocionales, sus reacciones interpersonales, sus explosiones, y que hagan la conexión entre sus sentimientos y sus acciones, etc. Otra de las dimensiones de la implicación terapéutica es la capacidad del terapeuta para normalizar las experiencias del paciente, entendiendo y reflejando el valor adaptativo que pudieran tener tanto en la biografía temprana del sujeto como en su vida actual. Otro componente esencial es la presencia del terapeuta, esto es, su disponibilidad para dejarse impactar por las experiencias del cliente.

En la terapia relacional el terapeuta sintoniza con el cliente a un nivel multidimensional: afectivamente, rítmicamente, cognitivamente, con el nivel de regresión evolutiva del paciente, con sus necesidades relacionales, etc. La sintonía afectiva con el cliente va más allá de la empatía (5, 13) en tanto requiere del terapeuta una respuesta afectiva complementaria al estado emocional del paciente, que complete y concluya el proceso de comunicación afectiva. Estas dos dimensiones del trabajo relacional, la implicación y la sintonía terapéutica, son especialmente importantes para que el paciente límite pueda reparar en el contexto de la relación terapéutica los déficits de mentalización puestos de manifiesto por Bateman y Fonagy (92).

Little (93) describe los principios psicoterapéuticos con este tipo de pacientes desde una orientación relacional, y remarca algunas cuestiones que sobre la actitud terapéutica basada en esta perspectiva relacional. En primer lugar, señala la importancia de trabajar fundamentalmente en el aquí y ahora de la relación diádica cliente-terapeuta, dentro de la matriz transferencia – contratransferencia, contribuyendo a crear un espacio interpersonal para las vivencias intrapsíquicas. Este autor realiza un abordaje inicial de la transferencia como si únicamente tuviera que ver con el presente, a pesar de que las manifestaciones transferenciales constituyen una suma del pasado y el presente. Señala la importancia de que el terapeuta tolere el convertirse en la diana de los sentimientos persecutorios/agresivos del paciente, sus idealizaciones y otras defensas típicas (escisión, identificación proyectiva y devaluación), para que puedan ser abordados dentro de la relación terapéutica. Aconseja tolerar el sentimiento de ser usado por el paciente y sus proyecciones, así como sus esfuerzos por mantenerse fusionado con el terapeuta al mismo tiempo que ataca cualquier signo de separación entre ambos. Así pues, el terapeuta ha de estar abierto a sentirse impactado y afectado por el paciente.

Los dos puntos anteriores implican que de forma más o menos probable el terapeuta se identificará con algunos de los aspectos proyectados por el paciente, por lo que necesitará un espacio de terapia o supervisión personal donde pensar sobre

ello y evitar sus propios *acting-outs*. También es imprescindible la supervisión para que el terapeuta no trate inconscientemente de resolver en la relación terapéutica sus necesidades relacionales insatisfechas. La supervisión es muy importante para que el terapeuta pueda mantener su subjetividad implicada en la relación terapéutica y poder así soportar y elaborar sentimientos muy intensos de odio, envidia o ira destructora del paciente. Es también muy importante tener en mente siempre el nivel de desarrollo en el cual el paciente está funcionando, ya que supone una orientación para el terapeuta sobre la intervención más apropiada (¿realizar una confrontación? ¿tolerar los sentimientos proyectados del paciente? ¿responder a la necesidad relacional? ¿promover la separación?)

Todo lo anterior crea una situación relacional en la que el cambio puede producirse. No sólo las defensas y agresiones son expresadas, sino también las experiencias dolorosas. Cuando el terapeuta es experimentado como “el objeto malo”, el paciente puede expresar sus sentimientos de devaluación, sus necesidades y fantasías y hacer el duelo por lo que faltó; cuando el terapeuta, en este contexto, no se aparta, sino que hace un trabajo de contención y ayuda al paciente a encontrar un significado a su experiencia, el paciente experimenta un “nuevo objeto”, ni bueno, ni malo, sino “un nuevo objeto suficientemente bueno”. A la vez el terapeuta ha de evitar la gratificación innecesaria o por complacencia del paciente impulsada por la necesidad del terapeuta de convertirse inconscientemente en su objeto bueno o salvador, ya que esto movilizará más aún sus fuerzas destructivas, de forma especial la envidia y los deseos de destruir lo que se envidia en el terapeuta. Ya simplemente el propio abordaje relacional de los trastornos límites puede estimular reacciones transferenciales negativas que Erskine (23) denomina “reacciones de yuxtaposición”. En ellas el sujeto toma distancia cuando en la relación terapéutica encuentra el bienestar del que careció en el momento de la ruptura relacional temprana en su desarrollo evolutivo.

Es en el punto de superar de los impasses y rupturas en la relación terapéutica cuando se producen los grandes avances en el caso de los problemas graves de la personalidad (2). El paciente llega a situaciones de bloqueo en la terapia en puntos clave de su evolución. El concepto de guión de Berne (15-16, 18) ayuda a entender estos impasses ya que son la repetición de otros bloqueos “familiares” en la vida del paciente y que ahora tienen lugar en la relación terapéutica según el modo en que se dieron en la familia de origen. Como Martínez ha señalado en otro trabajo (presentado en las jornadas científicas de APPHAT celebradas en Palma de Mallorca el 20 y 21 de Octubre de 2006, con el título: “difuminando diferencias: el impulso de lo familiar en el guión de vida”), a lo largo del tratamiento el paciente aprende a hacer diferencias entre las situaciones del aquí y ahora y las del pasado en lugar de “difuminar diferencias” y experimentar como “vagamente familiares” situaciones nuevas.

Conclusiones

En las últimas décadas se observa la convergencia de diversas escuelas hacia una concepción relacional del contenido y el proceso terapéutico en un movimiento general que, con independencia de los orígenes fundacionales, aproxima las prácticas psicoterapéuticas de dichas escuelas. Dicha convergencia crea corrientes dentro de las escuelas de origen que generalmente adoptan el adjetivo relacional como signo de identidad. Entre las que mejor han teorizado sus prácticas terapéuticas destacan el psicoanálisis relacional (1-2, 26-27), la psicoterapia integrativa (5, 22, 47), el análisis transaccional relacional (48), la psicoterapia relacional (3) y la gestalt relacional (44-46). Todas ellas comparten varios principios comunes entre ellos el que los seres humanos se desarrollan en el seno de un contexto social y la consideración de que la patología psíquica tiene su origen en rupturas relacionales tempranas. El tratamiento se produce en el contexto de una relación en la cual el terapeuta es un observador participante. La relación terapéutica es un proceso intersubjetivo que moviliza las fuerzas transformadoras de los dos miembros de la díada terapéutica. El resultado del tratamiento es una nueva forma de estar en relación.

Por su propia naturaleza el abordaje relacional resulta muy apropiado a las dificultades interpersonales de los trastornos borderline. Esto es así debido a la importancia que se da en el modelo relacional a varias dimensiones en la relación terapéutica que ayudan a reintegrar los distintos aspectos escindidos o disociados de la personalidad, entre ellas la implicación del terapeuta, la sintonía con el paciente y la indagación multidimensional de la experiencia de éste (5, 22, 62). Orientadas a reparar los aspectos deficitarios del self son complementarias a la utilización de la transferencia y la contratransferencia como instrumentos terapéuticos ampliamente utilizados por las escuelas psicodinámicas.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Stolorow RD, Atwood GE. *Faces in a Cloud. Intersubjectivity in Personality Theory*. New Jersey: Jason Aronson, 1979.

(2) Stolorow RD, Atwood GE. *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1992. Versión en castellano: Barcelona: Herder, 2004.

(3) De Young P. *Relational Psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge, 2003.

(4) Martínez JM. *Transferencia y Contratransferencia en los Trastornos de la Personalidad*. *Revista de Análisis Transaccional* 2013; 2:43-60.

(5) Erskine RG, Moursund JP, Trautmann RL. *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. New York: Routledge, 1999.

- (6) Freud S. Obras completas (24 vols.). Buenos Aires: Amorrortu, 1976-1980.
- (7) Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1979.
- (8) Haley J. Tratamiento de la familia. Barcelona: Toray, 1974.
- (9) Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatics in human communication: a study of interactional patterns, pathologies and paradoxes. New York: W. W. Norton & CO, 1967.
- (10) Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino A. Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona: Paidós, 1991.
- (11) Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1993.
- (12) Ellis A, Grieger R. Manual de terapia racional-emotiva. Bilbao: Descleé de Brouwer, 1981.
- (13) Rogers C. Psicoterapia centrada en el cliente. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- (14) Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- (15) Berne E. Transactional Analysis: A New and Effective Method of Group Therapy. *Am J Psychother* 1958; 735-743.
- (16) Berne E. Transactional Analysis in Psychotherapy. New York: Grove Press, 1961. Versión en castellano: Análisis Transaccional en Psicoterapia. Buenos Aires: Editorial Psique, 1985.
- (17) Berne E. Juegos en que participamos. México: Ed. Diana, 1966.
- (18) Berne E. What Do You Say After You Say Hello?. New York: Grove Press, 1973. Versión en castellano: ¿Qué dice usted después de decir hola? 1ª edición. Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1974.
- (19) Berne E. Introducción al tratamiento de grupo. Barcelona: Grijalbo, 1983.
- (20) Perls FS. Ego, hunger and aggression: a revision of Freud's theory and methods. Durban, South Africa: Knox Publishing, 1944.
- (21) Perls FS, Hefferline R, Goodman P. Gestalt therapy: excitement and growth in human personality. New York: Julian Press, 1951.
- (22) Erskine RG. A relationship therapy: developmental perspectives. En: Loria BR, editor. Developmental theories and the clinical process: conference proceedings of the Eastern Regional Transactional Analysis Conference. Madison, WI: Omnipress, 1989; p. 123-135.
- (23) Erskine RG. Theories and methods of an integrative transactional analysis. A volume of selected articles. San Francisco, CA: TA Press, 1997.
- (24) Bromberg PM. Truth, human relatedness and the analytic process. *Int J Psychoanal* 2009; 90: 331-345.
- (25) Coderch J. La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis. Madrid: Ágora Relacional, 2010.
- (26) Mitchell SA. Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración. México: Siglo XXI, 1993.
- (27) Atwood GE, Stolorow RD. Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1984
- (28) Stolorow RD. Reflexiones autobiográficas sobre la historia intersubjetiva de una perspectiva intersubjetiva en psicoanálisis. *Intersubjetivo* 2002; 4(2): 193-205. Disponible en: <http://www.psicoterapiarelacional.es/Documentaci%C3%B3n/Debatesreuniones/Almagro2002/Conferenciadeapertura/tabid/121/Default.aspx> [consultado OS-07-2012]

ORIGINALES Y REVISIONES

- (29) Ferenczi S. Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.
- (30) Balint M. The basic fault. Londres: Tavistock, 1968.
- (31) Guntrip H. Estructura de la personalidad e interacción humana. Buenos Aires: Paidós, 1971.
- (32) Fairbairn WRD. An object-relations theory of the personality. New York: Basic Books, 1952.
- (33) Fairbairn WRD. Estudio Psicoanalítico de la Personalidad. Buenos Aires: Hormé, 1978.
- (34) Ferenczi S. Análisis de niños con los adultos. En: Obras Completas, Psicoanálisis. Tomo IV. Madrid: Espasa-Calpe, 1931; p. 109-124.
- (35) Winnicott D. Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En: Winnicott D. Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa, 2005; p. 147-155.
- (36) Kohut H. Análisis del self. Buenos Aires: Amorrortu, 1977.
- (37) Kohut H. La restauración del sí mismo. Barcelona: Paidós, 1980.
- (38) Bowlby J. El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1969.
- (39) Sullivan HS. The interpersonal theory of psychoanalysis. New York: W. W. Norton. & CO, 1953.
- (40) Mitchell SA, Aron L, editors. Relational Psychoanalysis: the emergence of a tradition. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1999.
- (41) Rogers C. Client-centered therapy: its current practice, implications and theory. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
- (42) Erskine RG. The therapeutic relationship: integrating motivation and personality theories. Transactional Analysis Journal 1998; 28(2): 132-141.
- (43) Greenberg JR, Mitchell SA. Object Relations in Psychoanalytic Theory. Cambridge: Harvard University Press, 1983.
- (44) Stawman S. Relational Gestalt: Four Waves. Gestalt Journal of Australia and New Zealand May 2008; 4 (2): 37-55.
- (45) Jacobs L, Hycner R, editors. Relational approaches in Gestalt therapy. New York: Gestalt-Press/Routledge, Taylor & Francis Group, 2009.
- (46) Bloom D. Relational Approaches in Gestalt Therapy (2009) Edited by Lynne Jacobs and Rich Hycner. One Good Turn Deserves Another... and Another... and Another: Personal Reflections. Gestalt Review 2011; 15(3): 296-311.
- (47) Moursund JP, Erskine RG. Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole - Thomson/Wadsworth, 2003
- (48) Hargaden H, Sills Ch. Transactional Analysis: A Relational Perspective New York: Routledge, 2002.
- (49) Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ. The comprehensive textbook of psychiatry. Vol III. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1980.
- (50) Adler A. El Carácter Neurótico. Barcelona: Planeta-De Agostini, 1984.
- (51) Adler A. Conocimiento del Hombre. Madrid: Espasa-Calpe, 1975.
- (52) Adler A. The practice and theory of individual psychology. Eastford, CT: Martino Fine Books, 2011.
- (53) Horney K. Nuevos métodos en psicoanálisis. New York: W. W. Norton & Co, 1939.

- (54) Rado S. *Psychoanalysis of behavior: collected papers*. NY: Grune & Stratton, 1956.
- (55) Shmukler D. Transference and transaction: perspectives from developmental theory, object relations, and transformational processes. *Transactional Analysis Journal* 1991; 21(3): 127-135.
- (56) Novellino M. *Transactional Psychoanalysis: Epistemological Foundations*. *Transactional Analysis Journal* 2005; 35(2): 157-172.
- (57) Woods M, Woods K. Ego splitting and the TA diagram. *Transactional Analysis Journal* 1981; 11(2): 130-133.
- (58) Haykin MD. Type casting: the influence of early childhood experience upon the structure of the child ego state. *Transactional Analysis Journal* 1980; 10(4): 354-364.
- (59) Novellino M, Moiso C. The Psychodynamic Approach to Transactional Analysis. *Transactional Analysis Journal* 1990; 20(3): 187-192.
- (60) Moiso C, Novellino M. An Overview of the Psychodynamic School of Transactional Analysis and Its Epistemological Foundations. *Transactional Analysis Journal* 2000; 30(3): 182-187.
- (61) Novellino M. *Transactional Psychoanalysis*. *Transactional Analysis Journal* 2003; 33(3): 223-230.
- (62) Erskine RG, Trautmann RL. Methods of an integrative psychotherapy. *Transactional Analysis Journal* 1996; 26(4): 316-328.
- (63) Cornell WF, Hargaden H. *From Transactions to Relations: The Emergence of a Relational Tradition in Transactional Analysis*. Oxfordshire: Haddon Press, 2005.
- (64) Martínez JM, Fernández B. Análisis Estructural y Transferencia en los Trastornos Límite. *Rev. Española de Análisis Transaccional* 1991; 27: 1082-1099.
- (65) Bleuler E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Germany: Deuticke, 1911.
- (66) Zilboorg G. *The History of Medical Psychology*. New York: WW Norton & Co, 1941.
- (67) Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q* 1949; 23: 248-276.
- (68) Federn P. Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. *Am J Psychother* 1947; Apr 1(2): 129-144.
- (69) Knight R. Borderline states. *Bull Menninger Clin* 1953; 17: 1-12.
- (70) Clark LP. Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderline neuroses and psychoses. *Psychoanal Rev* 1919; 6: 306-308.
- (71) Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 1938; 7: 467-478.
- (72) Schmideberg, M. (1947). The treatment of psychopaths and borderline patients. *Am J Psychother* 1947; 1: 45-55.
- (73) Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson, 1975.
- (74) Bergeret J. *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa, 1980.
- (75) Grinker RR, Werble B, Drye RC. *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Egofunctions*. New York: Basic Books, 1968.
- (76) Mahler M, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. New York: Basic Books, 1975.
- (77) Gabbard GO. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2006.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (78) Gedo J, Goldberg A. Modelos de la Mente. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1980.
- (79) Woods K, Woods M. Treatment of borderline conditions. *Transactional Analysis Journal* 1982; 12(4): 288-300.
- (80) Shmukler D. Reflections on transactional analysis in the context of contemporary relational approaches. *Transactional Analysis Journal* 2001; 31(2): 94-102.
- (81) Masterson JF. Tratamiento del adolescente fronterizo. Buenos Aires: Paidós, 1975.
- (82) Masterson JF, Rinsley DB. The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal* 1975; 56: 163-177.
- (83) Price R. Borderline disorders of the self: toward a reconceptualization. *Transactional Analysis Journal* 1990; 20(2): 128-134.
- (84) Schultz R, Kluft R, Braun B. The interface between multiple personality disorder and borderline personality disorders. En: Braun B, editor. *Proceedings of the third international conference on multiple personality and dissociative states*. Chicago: St. Luke's Presbyterian Hospital, 1986; p. 56-57.
- (85) Adler G. Borderline psychopathology and its treatment. New York: Jason Aronson, 1985.
- (86) Fraiberg S. Libidinal object constancy and mental representations. *Psychoanal Study Child* 1969; 24: 9-47.
- (87) Martín-Montolíu J. Conseguir no ser límite (borderline): psicoterapia en los trastornos de personalidad. *Aperturas psicoanalíticas [revista electrónica]* 2002; 12. [consultado OS-07-2012] Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000223&a=Conseguir-no-ser-limite-borderline-psicoterapia-en-los-trastornos-de-personalidad>
- (88) Horowitz MJ. Short-term dynamic therapy of stress response syndromes. En: Crits-Christoph P, Barber HP, comps. *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books (Harper Collins Publisher), 1991; p. 166-195.
- (89) Gunderson JG, Gabbard GO, comps. *Psicoterapia en los trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars Medica, 2002.
- (90) Linehan M. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2003.
- (91) Hayes SC, Follette VM, Linehan MM. *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition*. New York: The Guilford Press, 2004.
- (92) Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; Feb 9(1): 11-15.
- (93) Little R. Treatment considerations when working with pathological narcissism. *Transactional Analysis Journal* 2006; 36(4): 303-317.

